

精神科救急システムにおけるソフトな救急の役割

一般病院における往診・電話相談・時間外外来の効用

遠山 照彦* 松田 亮三^{2*}
山下 節義^{2*} 井川 玄朗^{3*}

近年わが国の精神医療も、徐々に地域ケア、地域精神保健の比重が高まりつつある。地域精神保健の確立には、社会復帰施設など地域の受け皿の整備とともに、精神科救急システムの整備が必要不可欠である。しかし、一部の都道府県を除いて、精神科救急システムは整備されておらず、その整備が急がれるところである。

その際入院に至るような「ハード」なケースをみつかる「ハードな（堅い）救急」の整備に加えて、入院に至らない「ソフト」なケースに対応する「ソフトな（軟らかい）救急」の整備が不可欠である。本報告では、ソフトな精神科救急の例として、往診、電話相談、時間外外来の実例をあげ、その有用性について述べた。また、ある一般病院における精神科患者に対する時間外電話相談について調査したところ、ソフトな救急において、約 80% のケースに対して外来診療が必要ながことが判明した。また約 40% は、精神科医の診察を必要とした。

これらの結果より、「ソフトな救急」は有用かつ必要であること、そして精神科救急システムにおいてその整備が重要であることを示した。また、「ソフトな救急」に対応できる体制を確立するには、保健所だけでなく外来対応機能をもつ民間医療機関のシステムへの参加が必要不可欠であると思われた。著者の活動経験から、民間医療機関（一般病院を含む）が「ソフトな救急」を担うためには、当直医への精神科的トレーニング、後方の入院施設の整備、搬送体制の整備が必要であり、また診療報酬の改定が望まれることを指摘した。

Key words : 地域精神保健, 精神科救急, ソフトな救急, 電話相談, 臨時往診, 危機介入

I はじめに

先進諸国において精神医療は入院中心から地域ケア、地域精神保健に移行している。わが国においても、1965年の精神衛生法一部改正以来、徐々にその方向がすすんできた。'80年代には小規模共同作業所が激増し、'87年に精神保健法が改正されるなど地域精神保健がますます重視されている。また、'93年には「障害者基本法」が制定され、精神障害者も障害者施策の対象であることが明記された。'95年には「精神保健および精神障害者福祉に関する法律」が制定され、はじめて精神障害者福祉が法制化された。同年12月に発表された「障害者プラン（ノーマライゼーション7カ

年戦略）」では、社会復帰施設の設置目標を数字をあげて定めるなど一層ふみこんだ施策立案がなされている。

ところで、地域精神保健システムの整備に成功した国々では、社会復帰施設をつくることと同時に、必ず精神科救急を整備している。これは、再発・再燃をおこしやすい精神疾患の特性からすれば、当然のことである¹⁻⁴⁾。

ところが、わが国の精神科救急体制は、依然として十分とはいえない。'94年11月に、厚生省は全都道府県で「精神科救急医療システム」を整備する方針を打出した。その内容として、受け入れ医療機関や患者搬送車を確保するとともに、電話相談窓口を設置する方向であると報じられた⁵⁾。しかし、現状では東京都⁶⁻¹¹⁾や千葉県¹²⁻¹⁴⁾、大阪府下（大阪市内を除く）、栃木、群馬、滋賀、高知などで、精神科救急システムが一応あるというものの、それらは緊急入院中心のいわゆる「堅い救急」⁹⁾のみである。他国にあるような、ある

* 京都民医連中央病院精神科

^{2*} 奈良県立医科大学衛生学

^{3*} 奈良県立医科大学精神科学

連絡先：〒604 京都市中京区西ノ京春日町16-1

京都民医連中央病院精神科 遠山照彦

いは、日本における一般科救急システムのような、いつでもどこでも誰でも受診できるような本来の意味での精神科救急システムは存在していない。

精神科救急システム作りには、入院（後方）機能を担える救急入院施設（堅い救急）を地域的に適切に配置するとともに、総合病院をはじめとして一般病院での精神科救急対応能力（「やわらかい救急」¹⁰⁾、「ソフトな救急」⁹⁾）を向上させることが重要である¹⁵⁾。

そこで、本稿では2つの一般病院で行ったソフトな救急の実例をあげつつ、その効果について述べ、さらに、ソフトな救急を一般病院が担うための諸条件について考えてみたい。

II ケース報告

まずはじめに、3つのケースを紹介し、ソフトな救急の具体的な形態とその効果を示す。

いずれも、京都市内にある約200床の内科・外科を中心とする一般病院（Y病院、救急告示病院である）の精神科で経験したものである。なお、同病院には精神科外来（毎日）の他に精神科デイケアと17床の精神科入院病床（内科との混合病棟）がある。また、外来患者からの電話相談を24時間体制で外来看護婦が受けており、精神科患者からは毎日数件の電話が入っている。

ケース1. 臨時往診と看護婦による電話相談によって再入院を防止しているケース

40歳の慢性分裂病（残遺型分裂病 ICD-10）の男性。定時制高校を卒業し、6年間機械工として働いた後、転々と職を変えるようになった。この頃発病したと思われる。23歳のころ刑事事件にかかわったが、幻覚妄想状態であったため、某精神病院に入院した。その後、'71年より'89年にかけて、3-4ヵ月の入院を何度も繰り返した。退院するとすぐ治療を中断し、症状が増悪するためである。退院から再入院までの期間は長くて6ヵ月であった。'88年の秋より、次第に症状が不安定になり、幻覚妄想状態となった。「近所の人妻が浮気を誘ってくるように思える」といって、近所の家の前でギターを弾いたり、「殺してやるとか死ねとか聴こえてくるので、恐ろしくて逃げ回り、道に止めてあった廃車の中で寝たりした」というように、行動異常が強まった。そのため、'87

年7月自ら姉に入院したいと訴え、姉に連れられて某精神病院に入院した。その時以来筆者の一人が主治医となった。'89年7月4日より10月4日まで最終の入院をしていた。以上のように、悪化すると幻覚妄想にもとづく問題行動が起り、近所からの通報で警察に保護されることもたびたびあった。患者は、年老いた母と同居しており、既婚の姉とは疎遠であった。

この患者に、以下のような働きかけを行った。

第1に外来未受診時など臨時往診を行い、向精神薬デポー剤の筋注等の対処を行った。'90年2月より'93年12月までの期間に、計31回施行した。

第2に、看護婦の電話相談を、先に述べた期間内に、計826回行った。夜間に多く、当直看護婦他が対応した。その他、保健婦の訪問が、おおむね1ヵ月に1回行われた。

これらの対処により、この患者は、最後の入院生活以後6年2ヵ月の間、入院せずに生活できた（本稿執筆時）。つまり、再々入院を繰り返してきたケースがソフトな救急によって再入院を防止できたのである。また、近隣への問題行動も消失した。

ケース2. 看護婦電話相談により危機を切りぬけているケース

母の死後錯乱状態となった反応精神病（急性一過性精神病障害 ICD-10）の30歳の女性。元看護婦であった。'89年12月13日、第2子出産後の産休中に、同居していた実母が脳卒中により急死するという事件がおこった。そのことで、「自分は看護婦なのに母を死なせてしまった」という強い自責念慮にとらわれるようになった。その後、法事や乳児の世話の中で、食事也十分たべない状態が続いた。'90年1月頃より、「近所の人がおまえが母を殺した」と言っているみたいだと口にするようになっていた。次第に無口になり、2月末より不眠状態がつづいたが、2月28日より急激に興奮、混乱状態となった。そのため、3月31日某院精神科を受診したが、興奮状態がおさまらず、以後6月21日まで入院した。退院後うつ状態（post-psychotic depression）となり自己不全感強く、不安、焦燥に陥りやすく、すぐに自殺念慮を抱く傾向にあった。

この患者に対して看護婦電話相談を行った。相談は、日中が多く、精神科外来看護婦と処置室看

看護婦により対応した。'91年1月より'92年6月までの期間に計156回の相談を行った。その後の経過のなかで、1992年2月より近所に良き援助者が出現し安定化した。

このケースは看護婦の電話相談によるフォローアップがあったからこそ、早期に退院でき、退院後も再入院することなく地域で生活できたといえるケースである。

ケース3. 初診往診と時間外(救急)外来対応で分裂病急性期を脱したケース

分裂病急性期(妄想型分裂病 ICD-10)の20歳の男性。大学入学後、不登校となり、家にこもるようになっていた。'91年1月(大学3年時)の頃より、「近所の人や周囲の人が自分の悪口をいう」、「外から見られている気がする」、「家の外から声が聞えてくる」などという幻聴と被害妄想が出現した。大学を中途退学し、家では日中もカーテンをしめきり自室に閉じこもった。家族とも口をきかず、時に家族に対して攻撃的ともなった。また、入浴や清潔に気をつかわず、昼夜逆転の生活であった。幻覚妄想状態と閉居、さらに医療拒否という状態であった。

この患者に対して、次のように対応した。

第1に、家族相談を'91年5月21日より始め、初診として往診を'91年6月4日に行った。それにより診断を確定し治療を開始した。

第2に、不安状態に陥ったとき患者や家族は病院に電話をしばしばかけてきたが、それに対して看護婦による電話相談を行った。これは、'91年7月より'91年11月の期間に、計28回を数えた。この電話相談は、それだけでは患者が落ちつくことは少なく、次の時間外外来受診に至ることが多かった。

第3に、幻覚妄想による不安焦燥に対しては、時間外(救急)外来受診により対応した。その際は一般科当直医により、向精神薬点滴投与等にて対応した。'91年6月より'91年12月まで65回の時間外受診があった。

以上の対応の中で、'91年12月より急性期を脱し、精神科デイケアを導入した。精神症状としては、神経症的な不安状態と「おどけ」現象(急性分裂病状態の回復過程でみられる一過性の状態で、ユーモラスな他人を笑わせるようなふざけ行為をしばしば行う状態)とを示しつつ安定してい

き、'93年夏頃よりデイケアでグループワークの中心的存在となっている。

このケースは常識的には初期に強制入院となっていたと思われる。それを往診と時間外受診によって入院を経ずに急性期を脱し、精神科入院という心理的ダメージを回避できたと考えられるケースである。

Ⅲ 時間外電話相談・時間外外来対応の6ヵ月間の実績

次に精神科救急における時間外電話相談の占める役割を検討するため、精神科外来を開設している一般病院における電話相談の実態について調査した。対象は、著者の1人が現在勤務している京都市内のK病院で、'93年10月1日から'94年3月31日の6ヵ月間に行った電話相談67件である。電話相談の記録を外来看護日誌より拾い出し分析した。

K病院は203床の一般病院であり、内科、外科、産婦人科、小児科、整形外科、泌尿器科、皮膚科、精神科を標榜している。精神科外来は、木曜、日曜以外の午前中と夜間であるが、夜間診療が行われるのは週3日である。つまり、午前、夜間をあわせて、8回の診療時間帯が設けられている。1ヵ月の診察患者実数は約200人、診療患者延べ人数は約400人である。

この病院では、精神科外来患者からの時間外電話相談に対応するために、以下のようなシステムをとっている。常勤の精神科医は、臨時対応を必要とする患者について、各々の対応方法を記入したリストを毎週発行し、外来当直看護婦に申し送る。時間外電話相談の際には、外来当直看護婦(精神科担当看護婦でないことの方が多い)がまず対応する。あらかじめカルテに指示のあるケースについては、それを実行するが、そうでない場合には、内科当直医に指示をあおぐ。さらに内科当直医で対応できない場合には、看護婦が常勤精神科医2人(当時)を呼出し相談し指示をあおぐようにしている。常勤精神科医はそのため交替でポケットベルを持ち、24時間対応できるようにしている。

調査対象となった時間外電話相談67件の患者実数は、男性8人、女性21人、合計29人であり、年齢別分布および診断別にみた実人数は表1のとおり

表1 時間外電話相談患者の性・年齢および診断別相談回数分布

年 齢	-19	20-34	35-49	50-64	65-	不明	計
男	0	4	2	2	0	0	8人
女	2	6	3	4	3	2	21人
診 断	分裂病	感情障害	神経症	境界例	アルコール症	痴呆	その他
相談回数	14	21*	19	18*	5	1	3
実人数	8	7*	6	3*	2	1	2

* ただし、うつ病と境界例の合併ケースが1人あり、そのケースの相談回数の14回は、感情障害、環境例の両方にカウントされている。

りであった。

月別・曜日別・時間帯別の相談回数はそれぞれ表2のとおりである。1ヵ月の相談件数は8件から17件の間であり、2月を除いてほぼ同程度であった。曜日は、土曜、日曜と木曜が多かった。時間帯では「17-24時」の「準夜勤帯」が比較的多かった。

時間外電話相談の内容とそれへの対応・処置については表3のとおりである。内容については、最も多かったのは「病状不安定のため対処(投薬, 注射, 診察)を希望」するもので、48件, 71.6%を占めた。ついで、「病状不安定のため話を聞いて欲しい」10件, 14.9%、「薬に関する問い合わせ」

表2 時間外電話相談の月別、曜日別、時間帯別件数

月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
件数	8	9	11	11	17	11	67
曜 日	月	火	水	木	金	土	日
件数	4	4	8	13	6	14	18
時間帯	9-17時		17-24時		24-9時		不明
件数	14(23.7%*)		28(47.5%*)		17(28.8%*)		8

* 不明を除く59(67-8)件を100%とした

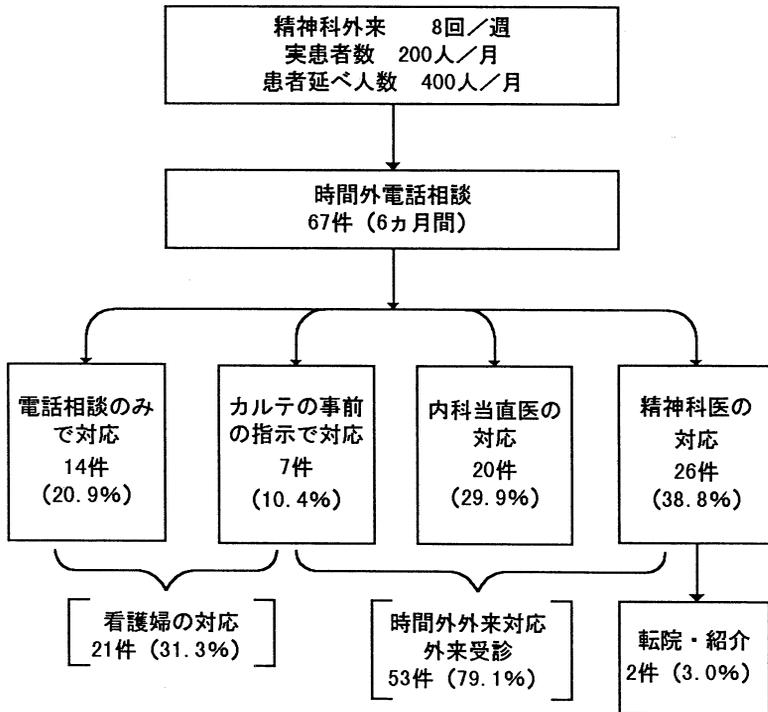
8件, 11.9%であった。「死にたい」とか「自分を傷つけたい」とか「他人を攻撃したい」とか、より緊急度の高いものは、調査期間にはなかつ

表3 時間外電話相談の内容・対応・処置別件数

内 容	1. 薬に関する問い合わせ	8(11.9%)
	2. 診察時間の変更希望	0
	3. 病状不安定のため話を聞いて欲しい	10(14.9%)
	4. 病状不安定のため対処(投薬, 注射, 診察)を希望	48(71.6%)
	5. 死にたい気持ちが強くなって困っているため	0
	6. 自分を傷つけたい気持ち(死にたくはないが)が強くなって困っているため	0
	7. 他人を攻撃したい気持ちが強くなって困っているため	0
	8. その他	1(1.5%)
対 応	1. 電話で聞いて落ちついた。電話だけで用件が済んだ	14(20.9%)
	2. カルテにあった「あらかじめの指示」を実行した	7(10.4%)
	3. 内科当直医に対応してもらった(3以外)	20(29.9%)
	4. 主治医または精神科医と連絡をとった	26(38.8%)
処 置	1. 電話で手持ち薬の服薬を指示した	5(7.5%)
	2. 新たな投薬を行った	12(17.9%)
	3. 来院させて注射した	23(34.3%)
	4. 来院させて精神科医が診察した	4(6.0%)
	5. 他院に転院させた。他院を紹介した	2(3.0%)
	6. その他	10(14.9%)

* 重複該当あり

図 1 時間外電話相談の対応方法 (K 病院精神科外来の場合)



た。こうした結果は、「病状不安定」になった時の危機介入として電話相談が有効に機能していることを示している。

時間外電話相談の対応方法は (表 3, 図 1 参照), 電話相談のみで対応できたのが 14 件, 20.9% であり, 時間外外来の受診にいたったのが 79.1% であった。時間外外来を受診した中で, カルテに記載してあった「あらかじめの指示」を実行したのが 7 件であった。これと, 電話相談のみでの対応は看護婦のみ対応であるが, 時間外電話相談全体の 31.3% となっていた。さらに, 内科当直医のレベルで対応できたものが 20 件, 29.9% であった。精神科医のレベルまで必要とした対応は 26 件, 38.8% であった。つまり, 時間外電話相談から始まる危機介入の約 3 割は看護婦のみで対応し, 約 3 割は当直内科医のレベルで対応し, 残りの約 4 割は精神科医の対応を必要とした。

一連の危機介入システムで行った処置としては, 「来院させて注射した」, 「新たな投薬を行った」が多かった。また, 「電話で手持ちの薬の服薬 (変更も含む) を指示した」ものが 5 件であっ

た。一方, 精神科医の診察を要したものは 4 件, 転院・紹介は 2 件であった。つまり, 6 割は薬物投与によって対応できていた。

以上をまとめると, 1 ヶ月あたり約 200 人の精神科外来患者 (実人数) を診療している病院に, 調査期間中月平均 11 件の電話相談があった。相談が多かった曜日は, 週末や外来のない曜日 (木曜日) であり, 時間帯としては準夜勤帯 (17-24 時) が多かった。相談内容としては病状不安定時の危機介入が多かった。対応した人員としては, 約 3 割の場合で看護婦のみ, 約 3 割の場合で看護婦と内科当直医, 残りの約 4 割が精神科医も含めた対応であった。2 割が電話のみでの対応であり, 8 割が時間外外来の受診にいたった。行われた処置のうち約 6 割が薬物投与であった。転院したケースは 3% であった (図 1 参照)。なお, この間には自殺 (既遂) や他害のケースがないことから, 筆者らは, 時間外電話相談から始まる危機介入システムがそれらの防止に役立っているとの印象をもっている。

Ⅳ 考 察

1. 地域精神保健における精神科救急システムの役割

地域精神保健は単に精神病患者、精神障害者の地域ケアを意味するものではない。例えば、Halleck¹⁶⁾は、地域精神医学（地域精神保健）の機能あるいは活動として次の5つをあげている。

1) 精神病院の改善、あるいは病院の外すなわち地域の中でできるだけ多くの重症ケースを治療するという努力を持続して、施設入所のマイナス効果を防ごうとする試み。

2) 一般大衆一特に患者の世話役の職にある者を含む一を教育して、異常行動の基礎にある精神医学的意味および対人関係の力動などについて理解してもらう努力。

3) 社会解体を取り扱う地域機関（たとえば、アルコール中毒、老人、精薄児教育、あるいは犯罪などに関する機関）とのコンサルテーションの実施。

4) 慎重に限定した社会単位、たとえば近隣・郡・企業共同組合、あるいは大学などに対して全精神医学的ケアを提供する。

5) 社会的に重要な行政決定にかかわりをもつこと。

（石原・篠崎¹⁶⁾は以上を、1) 病院および地域のリハビリテーション、2) 精神衛生教育、3) 社会資源の育成と協力、4) 精神医学的コンサルテーション、5) 行政決定への参加、とまとめている。）

地域精神保健にはこうした広いとらえ方もある。しかし、本論では、地域における精神科救急に関する事項に注目しているため、主として精神障害者・精神病患者のケアという意味に限定して地域精神保健という言葉を使用する。

さて、地域精神保健においては精神病・精神障害の早期発見・早期治療から再発防止、リハビリテーションまでの包括的な機能が必要とされている。そのため、先に述べたように、多くの先進諸国では単に精神病院から退院するためのケア、受け皿（社会復帰）のみならず、精神保健へのアクセス（入口）としての重要な部分を担う精神科救急についても十分な整備をしている。また、精神科救急は早期発見・早期治療であり、疾病・障害

の重症化の防止としての二次予防システムとしても重要な役割をはたしている。そして、精神病・精神障害者の対社会的問題行動への有効なそして問題の重症化しない初期段階での介入手段としても精神科救急システムは機能している。

以上のように、精神科救急システムは、地域精神保健において、①精神保健への重要なアクセス（入口）であり、②疾病・障害の二次予防システムであり、③精神病患者・精神障害者の対社会的問題行動への早期介入手段である、という三つの役割をもっている。こうした重要な役割をもっている精神科救急システムが十分整備されていないのは、我が国の地域精神保健システムが抱える最大の欠陥の一つである。

2. 堅い（ハードな）精神科救急システムとやわらかい（ソフトな）精神科救急の意義

西山¹⁰⁾によれば、「柔らかい救急」とは「患者の自由意思にもとづく診療」のことであり、「堅い救急」とは「患者の自由意思にもとづかない診療、すなわち強制診療」のことである。患者の自由意思をどれほど尊重するか、その程度により、より堅いより柔らかいという連続的な数段階に区分できるとしている。最も堅い救急は、緊急鑑定から措置入院にいたるケースであり、最も柔らかい救急は緊急時の（患者が必要性を自覚した時点での）電話相談であるといえるだろう。

ところで、西山の定義によれば、強制入院（措置入院や医療保護入院）ではない自発入院（自由入院や任意入院）も、ソフトな救急に分類されるかもしれない。ただ、精神科救急に要する設備の面からみれば、自発入院の場合は緊急ベッドが必要であり、電話相談などと大きく異なる。これらを考え合せて、本論では「ソフトな救急」を、非入院的手段によって対応する時間外あるいは緊急時の精神科救急に限定して用いることとした。

3. ソフトな救急の形態とその効果

ソフトな精神科救急とは非入院的な手段により対応するものであり、一般病院でも可能な普及性をもちうるものと考えられる。具体的な手段としては、往診や看護婦・ケースワーカーなどによる電話相談、時間外外来（救急外来）受診などがあ

1) 往診の持つ精神科救急における役割・意義
これについては、浜田¹⁷⁾や木村¹⁸⁾などの指摘が

ある。往診は、入院させるためのいわゆる「お迎え往診」ではなく、通院中の患者の危機をのりきるための臨時・危機介入往診と、未受診の者に対して診断を行い治療ルートにのせるための初診往診とに区別できる。前者は、再発・再燃に対してタイムリーに介入して再入院を防ぐことに目的があり、後者はそのまま放置すれば強制入院にいたるような可能性が高いケースに対して、より早期に介入して強制入院をなるべく回避しつつ治療ルートにのせていくという目的のものである。精神科医にとっては、一般に、治療関係（信頼関係）がすでにできあがっている前者より、後者的の方がより熟練を要すると思われる。

ケース1では前者の例を、ケース3では後者の例を示した。ケース1では、外来に来るべき日に受診しなかった場合や、電話相談での様子から悪化したと判断された場合などに往診しているが、これによって薬物療法のコンプライアンスが保たれ、また再燃期に早期介入をすることによって、再入院を防止するのに著明な効果をあげている。

ケース3では、医療につながらず家族も困り果てていたケースに、初診往診により診断を確定しかつ信頼関係を形成した。患者は、その後服薬を行い自ら治療意欲を示し、外来を受診するようになり、強制入院を避けることができた。強制入院は、すべて悪い結果をうむわけではないが、しばしば医療拒否感情をさらに増強させ、退院後に通院治療の中断に至ることになりかねない。それゆえ、このような初期往診の成否は患者の予後を左右する一つの大きなポイントになる。ただ、先述のごとく、初期往診には高度な専門性が要求されるので、やはり精神科医が行なうべきものであろう。

2) 精神科救急における電話相談の意義

これについても、これまでに多々論じられてきている^{18,19)}。電話相談は、いくつかの役割をもっている。第一に、「いのちの電話」的役割ともいえるものであって、不調（時には、自殺念慮）を訴えてきた患者に対し、サポート的な電話での面接（精神療法）を行う役割である。第二に、電話での様子から患者の悪化を察知し、そのあとの時間外外来や緊急時往診につないでいくための症状判断の役割である。第三に、医療スタッフが患者の日常生活の話聞くことにより、患者の心の

支えとなる（肯定的ストロークを与える）という役割である。たわいのない日常生活の話聞くことは、一見意味のないようにみえるが、人づきあいがへたで、一般に孤独に陥りやすい傾向をもつ精神科患者にとっては大きな意味をもつ。これが、症状悪化や再発を防ぐことにつながっている点は無視できない。

ケース1において、電話相談は、これら3つの役割をはたしており、ケース2では第1の役割が中心に、ケース3では第2の役割が中心になっていた。また、K病院での6ヵ月間の経験からは、電話相談は危機介入において大きな役割を果たし、自殺や他害などの防止に有効に機能していることが伺える。

3) 時間外外来受診の役割

これはウォーク・イン・クリニック²⁰⁾ともいわれるものであり、正規（時間内）の診療時間外でも精神科的緊急処置がとれる外来を利用することができるというものである。

ケース3においては、初診（初期往診）からの約6ヵ月間が重要な役割を果たした。放置しておいたなら強制入院にいたる危険の多いケースを、基本的に外来治療だけで安定化させることができた。電話相談事例の8割近くが時間外外来受診を必要としたことは、時間外外来での対応が危機介入システムに不可欠の要素であることを示している。

4. どこがソフトな救急を担うのか

以上のことから、ソフトな精神科救急が精神科救急として、そして地域精神保健の中で重要な位置を占めることが明らかになった。では、どの機関がそれを担うべきだろうか。厚生省は、保健所などが輪番で夜間休日の電話相談を受け付けるようにするシステムを考えていると報じられている。しかし、図1にも示したように、ソフトな救急ケースといっても、電話相談のみで済む場合は20%程度であり、約80%は診察や処置（投薬、注射）が必要なのである。保健所ではそこまでの対応は困難であろう。一方で、ハードな救急入院に対応しうる後方病院は数が少なく、そのみでソフトな救急に対応するのは困難と思われる。後方病院を数多く設置するというのも、ハードな救急を要する場合が比較的少ないことを考えると実際的でない。こうした状況を勘案すると、両者の中

間に外来対応機能をもつ医療機関が数多く必要とされる。この際、わが国の医療機関の中で多数を占める民間医療機関（一般病院を含む）がその機能を担いうるかどうか重要であろう。

5. ソフトな救急を普及させる上での問題点・支障

では、ソフトな精神科救急が民間医療機関において普及するためにどういうことが問題になるだろうか。筆者らが、ソフトな精神科救急を民間の一般病院で実践するなかで、以下のようないくつかの問題点に直面している。

1) 診療報酬上の問題点

往診については、社会保険診療報酬上往診料が安価（平成8年3月8日厚生省告示の「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」では、往診1回650点つまり6,500円となっている。以下で例示する点数はこの告示によるものである。）であり、時間、人手がかかるわりにその労苦が十分評価されない。それゆえ、経営効率を考えざるを得ない民間医療機関においては、その体制が十分とれない。在宅での訪問看護については、精神科訪問看護・指導料（I）として診療報酬上算定可能である。これは、1回550点（5,500円）であって、看護に対する評価としては比較的高いものと考えられる。しかし、実際には、看護婦不足の中で外来の看護婦を十分に確保できないので、訪問看護を十分実施するのは困難である。

電話相談については、医師によるものは電話再診料59点（590円）（病院で時間内の場合、診療所で時間内では70点）が低いながらも算定できるが、看護婦やPSW（精神科ソーシャルワーカー）によるそれはまったく算定できない。電話相談の持つ効果、さらに、本稿で示したように時間外相談の相当の部分が看護婦により対応しうることを考えると、看護婦やPSWによる電話相談を診療報酬上も評価することが急務であろう。

2) 当直医等への研修の必要性

当直医として精神科救急（1次）に対応する医師への研修を指導教育すること、電話相談を受ける一般科看護婦を研修することも必要である。

前者については、一般科研修医に対する3ヵ月程度の短期精神科研修が教育効果をあげることを別途報告した²¹⁾。もっとも、そのようなまとまっ

た研修期間をとらなくとも、講義や外来見学等の数回の研修でも、研修医がある程度の対応能力を獲得することは可能（K病院ではこの方式を行っている）であろう。後者についても、数回の講義や外来の診療介助にローテーションではいるなどによって比較的簡単に修得できるのではないかと思われる。例えば、K病院では、1. せん妄・意識障害、2. アルコール依存・離脱症候群、3. うつ状態、4. 不安状態、5. 主な向精神薬の使い方、6. 面接の仕方（医師—患者関係）を内容とした講義が研修医向けに行われている。

これらの研修の際には、教育する側も教育目標を明確にして絞り込んだ短期間の効果的スケジュールを組む必要がある。一般科医が対応したケースや電話相談のケースについて、精神科医からの指導的フィードバック、バックアップ体制を用意する必要がある。

ウォーク・イン・クリニックを実施するのに必要な人的体制についても同様のことがいえる。つまり、日本の現状を考えた場合、比較的体制をとりやすい精神病院—それも外来医療に熱心な—が、輪番制等でその役割を担う場合と、一般病院の救急外来において一次対応をする一般医の精神科救急一次対応能力を向上させる場合などが想定できよう。一般医への適切な研修が保障されれば、後者の方がより普遍性のある方法であろう²¹⁾。

3) 「ハードな救急」との連携の問題

精神科救急はすべてがソフトな救急で完結するわけではない。実際、地域コミュニティー・ケアが整備されているカナダのバンクーバー^{2,3)}でも約50%は精神科救急受診後入院となっているし、イタリアのトリエステ⁶⁾でも救急セクション受診患者のうち約32%は入院となっている。

ソフトな救急にたずさわる機関にとって、悩みの種の一つはこの緊急入院を要するケースをどう処置するかである。その点で、いつでも必要時に入院ケアを含む後方機能を引き受けてくれる二次的精神科救急施設の整備が重要である。これは、その性格（公共性）からいっても、またマンパワーが通常精神科救急の2倍は必要である^{2,3)}ことからいっても、公的に整備されるべきものである。適当な地域区分（districtまたはcatchment area）に1ヵ所という具合に県内でも複数箇所設置されるべきである。なお、現行の精神保健法に

ある応急入院施設はそのキャパシティーからもその対象とするケースからも、先述のような二次的精神科救急施設とはいいがたい。応急入院施設を含みつつも、さらに量的拡大をする必要がある。

永山ら²²⁾や飛鳥井ら²³⁾は、ソフトな救急も含めた精神科救急を地域医療と結びつけて行うためには、広域の救急システムを確立するだけでなく地域の多くの病院・施設の参加を得なければならないと述べている。上記のような連携があってこそ多くの地域医療機関(民間病院)が精神科救急システムに参加可能となるのである。

4) 精神科救急の搬送体制の問題点

さらに、精神科救急の特殊な問題として、患者の搬送体制の不備がある。一般救急と違って救急車は一般に利用できず、現状では暴力的なケースについては、警察によって保護され、パトカーで搬送されるというのが一般的である。患者や家族にしてみれば、この搬送体制では犯罪人のように扱われている印象はぬぐえず、搬送の依頼が躊躇され、結果的に早期受診ができない。

この精神医療の空隙に患者搬送ビジネスが入り込んでいる。一般に一回3~5万円ともきいている。また、搬送後受入れ体制の困難より、何でも受けてくれる「悪徳病院」への搬送や、高額な入院料(救急入院後は高額の入院費がかかる個室に必ず一定期間いれるなど)をとる病院へコネクションで入院させるという好ましからぬ状態が存在している。これらの問題の解決には、一般科救急と同様救急車による患者搬送が必要であろう。その際、緊急(急性精神病状態の)患者、不安が強い患者などへの救急の研修を救急救命士および救急隊員に対して施行する必要があるだろうが、それは、それほど難しい問題ではないと思われる。

(受付 '96. 1.26)
(採用 '96. 8.21)

文 献

- 1) 林 宗義. 地域精神医療と精神科救急. 臨床精神医学 1984; 13: 559-608.
- 2) 林 宗義. 長期入院の文化社会医学的考察. 精神経誌 1985; 87: 874-890.
- 3) 林 宗義, 井上新平. バンクーバー便り2 精神科救急について. 臨床精神医学 1986; 15: 1863-

1869.

- 4) G. Dell'Acqua. The End of the Mental Hospital. A Review of the Psychiatric Experience in Trieste. Acta Psych Scand, 1985; suppl. 316: 45-69.
- 5) 1994年11月13日付朝日新聞.
- 6) 遠山照彦. 法180号の成立と精神医療改革の経緯(特集 トリエステ精神保健の真価). ゆうゆう 1991; 14: 34-41.
- 7) 金子嗣郎. 精神科救急医療と緊急鑑定. 臨床精神医学 1976; 8: 519-530.
- 8) 黒川洋治. 東京都立墨東病院における精神科救急の実態—諸統計と追跡調査(第1報). 精神経誌 1981; 83: 147-172.
- 9) 雪竹 朗, 市橋秀夫, 原 研治他. 東京都における精神科救急医療の1年間—松沢病院の事例を中心として—. 精神医学 1981; 23: 291-299.
- 10) 西山 詮. 堅い精神科救急(緊急鑑定)の実態と改革. 精神経誌 1984; 86: 89-119.
- 11) 大島 巖. 家族の救助行動から見た東京都の精神科救急の機能と役割—区東東北地区における調査結果から—. 精神経誌 1984; 86: 340-360.
- 12) 遠山照彦, 木ノ内るみ他. 精神科救急医療はいまどうなっているか. ゆうゆう 1988; 2: 14-23.
- 13) 平田豊明, 和田 清, 浅野 誠他. 危機介入と精神科救急サービス. 社会精神医学 1986; 9: 361-366.
- 14) 千葉県精神科医療センター. 昭和61年度事業概要第2号.
- 15) 門田一法, 西園昌久, 牛島定信. いわゆるソフトな精神科救急について—過呼吸発作・手首自傷・自殺企図等の問題. 総合病院精神医学 1989; 1: 23-28.
- 16) 石原幸夫, 篠崎英夫. 地域精神医学, 現代精神医学体系第23巻B. 東京: 中山書店, 1979; 83-117.
- 17) 浜田 晋. 精神科診療所と救急医療. 臨床精神医学 1979; 8: 545-550.
- 18) 生村吾郎. 電話, 往診, 自殺—精神科診療所のソフトエマージェンシー—. 精神科治療学 1987; 2: 201-207.
- 19) 稲村 博. 危機介入(Crisis Intervention)—その理論と実際. 精神医学 1977; 19: 1008-1019.
- 20) Colemann JV. Research in Walk-in Psychiatric Services in General Hospitals. Am J Psychiat 1968; 124: 1668-1673.
- 21) 遠山照彦. 内科医に対する精神科研修指導の経験. 臨床精神医学 1992; 21: 1353-1359.
- 22) 永山紅美子, 林 直樹, 入谷修司他. 東京都の精神科救急医療と入院患者の地域特性. 松沢病院救急病棟での経験から. 精神医学 1995; 37: 99-105.
- 23) 飛鳥井望, 西山 詮, 三宅由子. 精神科救急受診者の類型別特徴ならびに望まれる救急システムのあり方について. 総合病院精神医学 1994; 6: 119-127.